

## Solicitud de los padres para servicios de ayuda de niños

<b>Nombre de padre (madre) que solicita servicios (apellido, nombre, inicial)</b>  _____	<b>DATE STAMP</b> <i>(for office use only)</i>   <b>Fee Paid \$ _____ Rept # _____</b>
<b>Relación con el niño o niños</b> <input type="checkbox"/> <b>Madre</b> <input type="checkbox"/> <b>Padre</b>	

Por favor advierta que:

- Si usted es guardián y no padre del niño, complete el formulario *Solicitud del guardián para servicios de ayuda a niños*.
- La información de este formulario (incluyendo lo que se adjunte) puede compartirse con otras personas sólo administración del programa de ayuda a niños y otros programas relacionados [Wis. Statutes, s. 49.83].
- Cuando complete este formulario:
  - ◆ Por favor complete este formulario en la mejor forma posible.
  - ◆ Si no sabe o no está seguro de alguna información, puede dejar esa parte en blanco.
  - ◆ Mientras más información tenga el agente sobre su caso, mejor será el trabajo que él/ella hará por usted.
  - ◆ Si quiere hacer preguntas sobre este formulario, comuníquese con la agencia de ayuda de niños.

**Servicios solicitados:** Regulación Federal requiere que las agencias de ayuda de niños provean servicios adecuados al caso. Si usted recibe Medicaid, puede escoger “Sólo Ayuda Médica.” También puede escoger “Sólo Localice Servicios a Padres”.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios de Ayuda de Niños      | <input type="checkbox"/> Paternidad (paternidad legal) |
| <input type="checkbox"/> Sólo Localice Servicios a Padres | <input type="checkbox"/> Sólo Ayuda Médica             |

¿Está solicitando ayuda para servicios de un bebé por nacer?     Sí     No    Si es sí, fecha del parto \_\_\_\_\_

**Si tiene una Orden de Ayuda de Niños para niños que no están anotados en este formulario,** anote la información abajo y adjunte copias de las órdenes de la corte, sentencias, decretos o estipulaciones de la ayuda de niños. (Si tiene una orden diferente para cada niño, anote la información en la página 6).

Condado/Estado de la orden \_\_\_\_\_ Cantidad mensual ordenada \$ \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE

Si queda embarazada o nace el hijo durante el matrimonio, el esposo es el padre legal. Si usted cree que el esposo no es el padre biológico del niño, proporcione abajo la información de esa persona\*.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número Seguro Social \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Código postal \_\_\_\_\_

\* **La información que anote en el resto de este formulario será la información del esposo y la esposa que están casados y no la de esta persona.**

**SECTION I – Información sobre USTED, padre (madre) que pide los servicios**

Nombre de soltera o sobrenombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
---------------------------------	---------------------	-------------------------	--

<b>1. Lugar de Nacimiento</b>	Ciudad	Condado
	Estado	País

**2. Raza/etnia/discapacidad** (Esta información es sólo para conocimiento federal. No responda si no quiere. Si no responde esto **no** afectará los servicios que se proporcionan a usted.

<input type="checkbox"/> Caucaésico/Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Otro (Anote todo lo demás)		

¿Está usted incapacitado?  Sí  No Describe, si responde sí:

<b>3. Su relación actual con el padre (madre)</b>					
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Anulado	<input type="checkbox"/> Nunca casado	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)
Fecha	Estado	Condado			

<b>4. Anote los servicios que está recibiendo o que ha recibido</b>					
Servicio ayuda de niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuidado Niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	W-2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia Médica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cupones comida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	AFDC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado(s) donde recibió estos servicios:					

<b>5. Número teléfono casa</b> ( )	<b>6. Teléfono celular</b> ( )	<b>7. Teléfono del trabajo</b> ( )	<b>8. Horas de trabajo</b>
---------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------

<b>9. Dirección de correo</b>	
Ciudad	Estado/Código postal

<b>10. Dirección de su casa</b> (si es diferente a la de arriba)	
Ciudad	Estado/Código postal

<b>11. Información del trabajo</b>			
Nombre del empleador			
Número de teléfono ( )		Número de Fax ( )	
Dirección			
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Están cubiertos los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prima \$	Por
¿Cuándo le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual		Ingreso bruto \$	Nombre del cargo
Fecha inicio	Licencia ocupación /profesional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si tiene, qué tipo	

<b>12. Miembro Fuerzas Armadas</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es, <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Rama
Desde A	Beneficio Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>13. Sus otros hijos</b> (no anotados en la Sección III, Página 4)			
Nombres		Fechas Nacimiento	

**SECCIÓN II – Información sobre el OTRO PADRE** Madre Padre**(Vea la nota “Importante” abajo en la página 1.)****Nombre del otro padre o madre (Apellido, nombre, inicial)**

Nombre soltera o sobrenombre (si tiene)	Fecha nacimiento	Número Seguro Social	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
---	------------------	----------------------	--

<b>14. Lugar de nacimiento</b>	Ciudad	Condado
	Estado	País

<b>15. Número teléfono casa</b> ( )	<b>16. Teléfono celular</b> ( )	<b>17. Teléfono del trabajo</b> ( )	<b>18. Horas de trabajo</b>
--	------------------------------------	--	-----------------------------

<b>19. Dirección de correo</b>	
Ciudad	Estado/Código postal

<b>20. Dirección de su casa</b> (si es diferente a la de arriba)	
Ciudad	Estado/Código postal

<b>21. Información del trabajo</b>	
Nombre del empleador	
Número de teléfono ( )	Número de Fax ( )
Dirección	
Ciudad	Estado/Código postal

¿Tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Están cubiertos sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prima \$	Por
¿Cuándo le pagan a este padre/madre? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual	Ingreso bruto \$	Nombre del cargo	
Fecha inicio	Licencia ocupacional/profesional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si tiene, qué tipo:	
<b>Miembro de Fuerzas Armadas</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es, <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Rama	
Desde	A	Beneficio Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>22. Otros hijos de este padre/madre</b> (no anotados en Sección III, Página 4)			
Nombre		Fecha de Nacimiento	

**23. Si no se sabe dónde vive este padre/madre:** Proporcione la información de abajo y otra información que usted crea puede ayudar a encontrar a esta persona. Incluya dirección de todos los parientes y tipo de ingreso y capital que pueda tener el padre/madre. Anote más información en la página 6. **Incluya foto de este padre/madre, si tiene.**

Marcas distintivas (tatuajes/cicatrices/marcas de nacimiento)

Altura	Peso	Raza	Color de pelo	Color ojos
--------	------	------	---------------	------------

¿Ha estado arrestado o condenado este padre/madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de arresto o condena
---	----------------------------

Ciudad y estado de arresto o condena	Nombre de oficial de libertad condicional o probatoria
--------------------------------------	--

Nombre, apellido, apellido soltera de la madre de este padre/madre

Nombre, apellido, inicial del padre de este padre/madre

**SECCIÓN III – Información de los niños para quienes se pide servicios** (Estos niños deben tener la **misma madre y padre**, y los padres deben ser los padres anotados en las Secciones I y II de este formulario). Si son más de tres (3) niños, anote los otros niños en la página 6.

**24. Nombre del primer hijo/a** (apellido, nombre, inicial)

Número Seguro Social	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza (opcional)	Fecha de Nacimiento
<b>¿Está el nombre del padre en el acta de nacimiento?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		Ciudad de nacimiento	
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	
¿Recibe el niño/a beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, cantidad mensual    \$	
Si el niño/a está en escuela secundaria, fecha de graduación:		Mes	Año
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Con cual de los padres vive este niño la mayoría del tiempo? (Número de noches que se queda o equivalente) <input type="checkbox"/> Igual ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Con otra persona			
¿Cuál de los padres tiene custodia legal de este niño? <input type="checkbox"/> Ambos (Custodia conjunta) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> La corte no ha decidido aún			

**25. Nombre del segundo hijo/a** (Apellido, nombre, inicial)

Número Seguro Social	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza (opcional)	Fecha de Nacimiento
<b>¿Está el nombre del padre en el acta de nacimiento?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		Ciudad de nacimiento	
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	
¿Recibe el niño/a beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, cantidad mensual    \$	
Si este niño/a está en la escuela secundaria, fecha de graduación:		Mes	Año
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Con cual de los padres vive este niño la mayoría del tiempo? (Número de noches que se queda o equivalente) <input type="checkbox"/> Igual ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Con otra persona			
¿Cuál de los padres tiene custodia legal de este niño? <input type="checkbox"/> Ambos (Custodia conjunta) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> La corte no ha decidido aún			

**26. Nombre del tercer hijo/a** (Apellido, nombre, inicial)

Número Seguro Social	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza (opcional)	Fecha de Nacimiento
<b>¿Está el nombre del padre en el acta de nacimiento?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		Ciudad de nacimiento	
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	
¿Recibe el niño/a beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, cantidad mensual    \$	
Si este niño/a está en la escuela secundaria, fecha de graduación:		Mes	Año
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Con cual de los padres vive este niño la mayoría del tiempo? (Número de noches que se queda o equivalente) <input type="checkbox"/> Igual ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Con otra persona			
¿Cuál de los padres tiene custodia legal de este niño? <input type="checkbox"/> Ambos (Custodia conjunta) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> La corte no ha decidido aún			

**Número de Seguro Social (Social Security Number):** Proporcionar su número de Seguro Social es obligatorio según Sección 466(a) (42U.S.C.666(a)). Su número de Seguro Social se usará con fines de identificación. Si usted no proporciona su número de Seguro Social, su solicitud será denegada.

**Información de intercepción de impuestos:** Yo entiendo que el Programa de Wisconsin de Ayuda de Niños entregará todas las deudas atrasadas para ayuda de niños a los programas de intercepción de impuestos/lotería.

Yo entiendo que si recibo el dinero de devolución de impuestos interceptados del otro padre y si más tarde es requerido por la oficina de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) (IRS) o por el Departamento de Impuestos del Estado (Department of Revenue) (DOR), debo devolver el dinero inmediatamente. Si no puedo pagar todo el dinero de una vez, seguiré un plan de pago hasta que toda la cantidad sea pagada. (Si se pide recuperar el dinero de devolución de impuestos, usted recibirá una carta con información indicando cómo devolver el dinero y cómo fijar un plan de pago).

Si el cobro por intercepción de impuestos es de por lo menos \$10, yo entiendo que una cantidad del 10%, hasta \$25, se descontará del cobro por intercepción de impuestos.

**Orden de ayuda de niños:** Yo entiendo que la ley no permite órdenes en porcentaje en casos de agencia de ayuda para niños.

Si abro un nuevo caso de ayuda de niños o vuelvo a abrir un caso cerrado de ayuda para niños en la agencia de ayuda de niños y tengo una orden en porcentaje, yo entiendo que la agencia de ayuda para niños no es responsable de reconciliar la orden.

La agencia de ayuda para niños debe cambiar la orden en porcentaje a una orden por una cantidad en dólares. Al presentar esta solicitud, yo estoy de acuerdo en cooperar con la agencia para cambiar la orden.

**Rectificación:** El estado de Wisconsin presentará cualquier acción administrativa o legal para establecer paternidad (paternidad legal) o para establecer o asegurar cumplimiento de una orden de ayuda. Sin embargo, el **abogado de ayuda de niños no representa a ninguno de los padres**, sino más bien representa el interés del estado de hacer cumplir la ayuda.

Yo solicito por este documento servicios de ayuda para niños según el Programa “Child Support Enforcement Program” del Title IV-D de la ley de Seguro Social. Yo entiendo que debo cooperar con la agencia de ayuda para niños dando toda la información que afecte mi caso y asistiendo a las citas que tenga con la agencia.

Firma	Fecha firma
-------	-------------

**Por favor adjunte copias de todas las órdenes de la corte, sentencias, decretos o estipulaciones que traten con ayuda de niños. Los cambios de esta información deben enviarse por escrito a la agencia de ayuda para niños donde usted pidió los servicios.**

El programa de Mantenimiento Infantil y sus agencias son empleadores que garantizan la igualdad de oportunidades y proveedores de servicios Si usted necesita información en otro idioma, por favor avise al personal del programa de Mantenimiento Infantil. Usted tiene derecho a recibir asistencia gratuita de idiomas.

DWD es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene alguna discapacidad y necesita esta información en formato alternativo, o necesita traducción a otro idioma, llame al teléfono (608) 266-9909 o (800) 947-3529 TTY (Teléfono gratis).

